

Juan Baldini
Carlos Doldan
César Benmaor
Silvana Aranda
Valeria Frasca

Servicio de Cirugía Infantil
HIAEP "Sor María Ludovica"

✉ silvanac_aranda@yahoo.com.ar

Vólvulo de colon transverso en pediatría Resección y anastomosis primaria Volvulus of transverse colon in childhood Resection and anastomosis

Resumen

Se presenta un caso de vólvulo de colon transverso (VCT) en una niña de 13 años con antecedentes de retardo mental severo y epilepsia, bajo medicación con fenobarbital y lorazepam. Aunque causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal, el VCT debe sospecharse en pacientes con signos y síntomas de obstrucción intestinal baja, y antecedentes de constipación crónica y retardo o trastornos mentales. La resección y anastomosis primaria puede ser el tratamiento definitivo.

Palabras clave: vólvulo, colon transverso, obstrucción intestinal.

Summary

We are reporting the case of a 13-years-old girl with severe mental impairment and epilepsy, presenting with transverse colon volvulus.

Although a rare cause, transverse colon volvulus should be suspected in a patient presenting with distal bowel obstruction and history of chronic constipation and/or mental deficits. Resection and simple anastomosis may be the definitive treatment.

Key words: volvulus, transverse colon, intestinal obstruction.

Introducción

El vólvulo de colon transverso (VCT) es una causa extremadamente rara de obstrucción intestinal en la niñez. Hasta la fecha hay 14 casos referidos en la literatura ⁽¹⁻⁶⁾. En esta comunicación presentamos un caso y una revisión bibliográfica sobre el tema, discutiendo la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento.

Material y método

Niña de 13 años con antecedentes de retardo mental severo, epilepsia y constipación crónica. Internada en un instituto neuropsiquiátrico, comenzó 72 hrs. antes con distensión abdominal progresiva, vómitos y falta en la eliminación de gases y materia fecal.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en la que se observa gran asa colónica dilatada.

Al examen físico: paciente en buen estado general, hemodinámicamente estable, gran distensión abdominal generalizada, sin signos de reacción peritoneal.

Tacto rectal: esfínter normotónico y ampolla rectal vacía.

Radiografía de abdomen: gran dilatación de colon derecho y parte derecha de colon transverso con signo de Chilaiditi (Figura 1).

Con diagnóstico presuntivo de vólvulo de colon se realizó laparotomía exploradora, constatándose vólvulo de colon transverso con gran dilatación del segmento involucrado (aproximadamente 20 cm) (Figura 2). Después de la detorsión se identificó colon transverso redundante con placa necrótica en borde antimesentérico (Figura 3). Se realizó resección del colon transverso con anastomosis termino-terminal con puntos separados extramucosos de seda 3-0.

La paciente evolucionó con cuadro obstructivo intestinal que requirió 2 reoperaciones al mes hallándose bridas. La paciente fue dada de alta 10 días después.

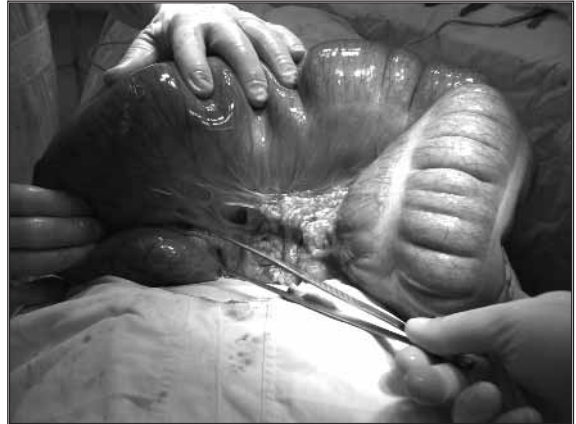


Figura 2. Imagen intraoperatoria de asa de colon transverso con gran dilatación.



Figura 3. Imagen intraoperatoria en la cual se observa colon transverso dilatado volvulado con placa necrótica antimesentérica. Se aprecia la diferencia de calibre entre las asas del intestino delgado y el segmento afectado.

Discusión

De los vólvulos de colon el 75% corresponden al colon sigmoidees, el 23% al ciego y el 2% al colon transverso. Este último es endémico en Irán, África, Rusia e India ⁽⁶⁾. Tal vez vinculados a la dieta ri-

ca en fibras y/o ayunos prolongados.

En general existen antecedentes de constipación crónica idiopática o secundaria a enfermedad de Hirschsprung, retardo mental, enfermedad neuromuscular o parálisis cerebral.

Esta condición anatómica resulta de una anomalía de la fijación y/o rotación del colon, elongación del colon transversal, fijación cercana de la flexura hepática y esplénica y anormal desarrollo de los ligamentos gastrocólico, frenocólico y esplenocólico ⁽¹⁾.

Clínicamente se puede presentar en forma aguda, en un 60% de los casos, con isquemia y shock en pocas horas, o subaguda, en varias horas o días de evolución.

La radiografía de abdomen suele revelar gran dila-

tación colónica con un nivel proximal y otro distal; el estudio de colon por enema revela la típica imagen en pico de ave a nivel del pie del vólvulo y, en consecuencia, es un estudio muy útil ante casos de duda, siempre y cuando no existan signos peritoneales ⁽⁶⁾.

El tratamiento definitivo depende de los hallazgos operatorios ^(1,3,4):

1. Si se puede realizar fibrocolonoscopia: cirugía electiva.
2. Resección y anastomosis primaria. (según condiciones locales y generales).
3. Resección y colostomía.
4. Detorsión sin resección. La pexia no estaría indicada por presentar entre un 40 y 50% de recidiva.

Bibliografía

1. Samuel M, Boddey SA, Nicholls E, et al: Large bowel volvulus in children. Aust NZ J. Surg. 70:258-262, 1999.
2. Achikawa Y, Ike H, Kurata H, et al: A case of volvulus of the transverse colon. Yokohama Med J. 42:117-120, 1991.
3. Asabe K, Ushijima H, Bepu R, Shirakusa T. A case of transverse colon volvulus in a child and a review of the literature in Japan. J Pediatr Surg. 2002; 37:1626-1628.
4. Liolios N, Mouravas V, Kepertis C, Patoulas J. Volvulus of the transverse colon in a child. A case report. Eur J Pe-

diatr Surg 2003; 13:140-142.

5. Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C. Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de colon transversal. Reporte de casos. Rev Gastroenterología Perú. 2005; 25:279-284.

6. Mercado-Dean MG, Burton EM, Howell CG. Transverse colon volvulus in pediatric patients. Pediatric Radiology. 1995; 25:111-112. ♦